

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dr. Rafael Lahera Figueredo

**Título: Plano de Intervenção Educativa para pacientes com
Hipertensão Arterial Sistêmica de Unidade Básica de Saúde de Baturité, Ceará.**

FORTALEZA

Ano 2015

Dr. Rafael Lahera Figueredo

Título: Título: Plano de Intervenção Educativa para pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica de Unidade Básica de Saúde de Baturité, Ceará.

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof. Dra.Terezinha do menino Jesus Silva Leitão, PhD

FORTALEZA

Ano 2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará

-
- F475p Figueredo, Rafael Lahera.
 Plano de Intervenção Educativa para pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica de Unidade Básica de Saúde de Baturité, Ceará / Rafael Lahera Figueredo. - 2015.
- 26f.
- Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2015.
 Orientação: Profa. Dra. Terezinha M J Silva Leitão.
1. Hipertensão. 2. Fatores de Risco. 3. Educação em Saúde. I. Título.

Dr. Rafael Lahera Figueredo

Título: Plano de Intervenção Educativa para pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica de Unidade Básica de Saúde de Baturité, Ceará.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: 26/05/2015

BANCA EXAMINADORA

LUCIANA VIEIRA DE CARVALHO - Especialista

ALINE CRUZ ESMERALDO ÁFIO - Especialista

TEREZINHA DO M J SILVA LEITÃO - PhD

Resumo

Durante o trabalho diário em nossa comunidade, a hipertensão arterial sistêmica foi a queixa que mais levou a população a procurar atendimento médico na unidade básica de saúde Candeia São Sebastião, no município de Baturité, Ceará. Do mesmo modo, através de consultas e visitas domiciliares encontramos uma alta prevalência de HAS. Os principais fatos identificados foram: medicamentos estocados nas residências, pacientes tomando medicação errada, a baixa autoestima, o alto índice de stress, o excesso de peso, o tabagismo, alcoolismo, a hipercolesterolêmia, a falta de exercício físico, a dieta não saudável e a pouca promoção e prevenção de saúde. As possibilidades de realizar um projeto educativo que promovesse um bom controle da HAS, contar com o apoio da população e da equipe de saúde que reconheceram ser este o principal problema de saúde, foram as principais motivações para realizar este trabalho educativo. Será necessário o apoio da gestão municipal para que as medidas preventivas, de promoção, educação, tratamento e reabilitação, todas juntas possam obter êxito na implementação deste projeto de intervenção de educação e saúde de nossa comunidade.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de Risco. Educação em Saúde.

Abstract

During the daily work in our community, systemic arterial hypertension was the main complaint of patients that seek medical assistance in the primary care unit Candeia São Sebastião, in the town of Baturité, Ceará. Similarly, through consultations and home visits we found a high prevalence of hypertension. The identified causes were: medicines stored in homes, patients taking the wrong medication, low self-esteem, high stress index, overweight, smoking, alcoholism, hypercholesterolemia, lack of exercise, unhealthy diet and the little promotion and health prevention. The possibilities for an educational project that promotes good control of hypertension, have the support of the population and health staff who have recognized that this is the main health problem, and were the main reasons for carrying out this educational work. The participation of the municipal administration will be very important for preventive measures, promotion, education, treatment and rehabilitation, all together can succeed in implementing this educational health intervention project in our community.

Keywords:..Hypertension. Riskfactors. Health Education.

SUMÁRIO

1- Introdução	8
2- Problema	12
3- Justificativa	13
4- Objetivos	14
Objetivos Gerais	14
Objetivos específicos	14
5-Revisão da Literatura	15
6- Metodologia	16
7- Cronograma	18
8- Recursos necessários	19
9- Resultados esperados	20
10- Referências bibliográficas	22
11- Apêndice	25

1-Introdução.

O topônimo Baturité apresenta várias hipóteses etimológicas: Para Paulino Nogueira, este vem do decomposto do Tupi BU (sair, rebentar, sair da fonte), TY (água) e ETE (boa) e significa sair água boa, uma alusão às inúmeras fontes de água cristalina que jorram da serra; ou uma corrutela do IBI (terra), TIRA (alta), ETÉ e significa serra.

Para José de Alencar, este vem de Baturieté (narceja: uma ave ilustre), que composta por Batuíra e Eté, nome que honra o chefe Potyguara e na linguagem figurada significa valente nadador.

Para Von Martius vem da corrutela de Epo (por ventura) e ITA-ETË (aço) que significa certo aço. Para Pedro Catão, vem de Batu (monte serra) e Ete (final superlativo) e significa verdadeira serra, serra por excelência.

Antônio Martins Filho e Raimundo Girão diferenciam-se da versão de Paulino Nogueira apenas nos termos Tira que seria Itira ou Atira (o monte), pois na análise fonética YBY, Y representa-se por I ou U, o que resultou para os portugueses IBI ou UBU e de ATYRA resultou ATURA. Compondo ficou IBATURA, BATURA com a queda da vogal inicial átona, fenômeno muito comum na acomodação portuguesa do Tupi. Desta forma BATURA (montão, monte de terra ou serra) e os índios juntaram o sufixo ETÉ (principal, a verdadeira ou real) e ficou BATUETÉ (serra verdadeira ou real) Para estes, a expressão Serra de Baturité é pleonástica, pois Baturité já significa serra.

Suas denominações originais eram Aldeias das Missões, Missão de Nossa Senhora da Palma, Palmas, depois Vila Real Monte-Mor o Novo da América e, desde 1858, Baturité. (6)

Baturité é um município do estado do Ceará, com população estimada no último censo é de 32.968 habitantes, tendo como posição geográfica, latitude 4° 19' 41" Sul, longitude: 38° 53' 5" Oeste, tem uma altitude de 175 metros acima do nível do mar. Situa-se a 100 Km de Fortaleza que é a capital do Estado, e ocupa uma área total de 308,780 km². O clima é tropical úmido, (média de 30° a 24°).Limita-se

ao norte com Pacoti, Redenção e Guaramiranga, ao sul com Itapiúna, leste com Aracoiaba e ao oeste com Mulungu e Capistrano. (2)

Sua população estimada é de 33 326 habitantes, com uma taxa de pobreza em 32,1%, tem um índice de desenvolvimento humano de 0,619; renda de 0, 574 e educação de 0, 548.

Atualmente, a economia de Baturité baseia-se principalmente na exploração do setor terciário da economia (comércio e prestação de serviços), na extração vegetal e em culturas de algodão, banana, arroz, milho, feijão, café e cana-de-açúcar, porém, assim como na maioria dos municípios cearenses (com exceção do café), esta ainda é feita com técnicas agrícolas rudimentares fazendo com que o solo empobreça e a produção seja insignificante em termos nacionais. Ainda assim, Baturité se destaca na sua região sendo um importante centro consumidor e abrigando sede de muitas empresas regionais. Com um comércio forte, base da economia do município, a cidade vem conseguindo muitos avanços na qualidade de vida da população e na modernização da cidade.

Ainda é importante destacar o cultivo do café, que embora tenha diminuído muito após a crise de 29 e outras crises na economia brasileira, vem crescendo, atualmente, utilizando-se a técnica do cultivo sombreado e 100% orgânico. Esse tipo de cultivo fez com que o café baturiteense ganhasse destaque nacional e internacionalmente por ser um produto de alta qualidade e saudável.

A rede de ensino pública de primeiro e segundo grau no município conta com, escolas estaduais, escolas municipais, creche, Educação de Jovens e Adultos e escolas para alunos especiais.

No saneamento básico o abastecimento público de água no município está a cargo de uma empresa pública, que abastece todo o município. O município de Baturité esta implantando rede de esgoto em toda a cidade. (2)

Por enquanto o destino das fezes do Município, na maioria das casas é por fossas sépticas e na zona rural a céu aberto.

A coleta de lixo é de responsabilidade do Município, que recolhe o lixo com um caminhão compactado o que proporciona maior espaço de armazenamento.

A coleta de lixo cobre 100% na área urbana do município. A coleta de lixo contaminado ou perfuro é realizada nas Unidades de Saúde, no Hospital Municipal, Clínicas Dentárias e nas Farmácias 01 vez por mês por empresa terceirizada.

Quanto a energia elétrica, a porcentagem de casas que a utilizam atinge 100%. A maioria das moradias do município é de tijolos, de madeira, de material aproveitado e outros.

A média salarial das famílias e per capita do município, de acordo com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (Ipardes), é de R\$ 172 reais. A estrutura gerencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e de prestação de serviços no município de Baturité se dá através da Secretaria Municipal de Saúde. O sistema de gestão da Atenção Básica é pleno, contando com 11 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Saúde Bucal completa (11 médicos, 11 enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem, 12 agentes comunitários de saúde (ACS), dentistas, técnicos de higiene dental e Auxiliar de consultório dentário, adequados para o atendimento em saúde. (4)

As Equipes atuam através de programas desenvolvidos em conjunto com os demais membros das unidades de saúde e hospital municipal, como aqueles que trabalham a saúde da criança, da mulher, do adolescente, do idoso, doenças como: Hipertensão arterial, mal de Hansen, tuberculose e ações de promoção da saúde como bochechos nas escolas e nas áreas de difícil acesso, dentro muitos outros programas e atividades desenvolvidos dentro e fora das Unidades de Saúde.

A equipe do programa de saúde da família (PSF) de Candeia possui 476 famílias cadastradas, distribuídas por 3 ACS, 1 médico, 1 enfermeiro, 1 equipe de saúde bucal, sendo divididas em 4 micro áreas respectivamente, tendo uma cobertura de 100% da área de abrangência e uma população de 2791 habitantes.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por Acidente Vascular Cerebral (AVC), por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

Foi observado ser a HAS, doença de elevada prevalência dentre os usuários do PSF de Candeias de São Sebastião em Baturité e decidido abordar esse problema a partir de um projeto de intervenção na comunidade.

2-Problema

Durante o trabalho diário em nossa comunidade, a HAS foi a queixa que mais levou a população a procurar atendimento médico na unidade básica de saúde Candeia São Sebastião, no município de Baturité, Ceará. Do mesmo modo, através de consultas e visitas domiciliares encontramos uma alta prevalência da doença. As principais causas identificadas foram: medicamentos estocados nas residências, pacientes tomando medicação errada, a baixa autoestima, o alto índice de stress, o excesso de peso, o tabagismo, alcoolismo, a hipercolesterolêmia, a falta de exercício físico, a dieta não saudável e a pouca promoção e prevenção de saúde.

3-Justificativa

A HAS tem-se mostrado o principal problema de saúde na nossa área de atendimento, tema de muita importância e preocupação para a população geral e que exige esforços redobrados da equipe de saúde para seu controle. É um projeto que nasce do interesse da própria comunidade, interessada em reverter seu principal problema de saúde. Um aspecto muito importante é que a população tem uma ESF unida, completa atualmente e identificada com a comunidade para que medidas de promoção, prevenção, educação, tratamento e reabilitação, possam ser feitas para avaliar o nível de conhecimentos dos pacientes hipertensos e melhorar sua saúde.

4-Objetivos:

Geral:

Programar uma estratégia de intervenção educativa em pacientes com HAS atendidos em uma unidade básica de saúde de Baturité.

Específicos:

1. Identificar os fatores de risco relacionados com a HAS
2. Fortalecer ações comunitárias de promoção e prevenção em saúde na temática Hipertensão na comunidade do estudo.
3. Fazer avaliação da compreensão dos pacientes hipertensos tratados, sobre sua doença na população de estudo.

5-Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial (HA) é, na maior parte do seu curso assintomática, implicando na dificuldade de diagnóstico precoce e na baixa adesão por parte do paciente ao tratamento prescrito, já que muitos medicamentos apresentam efeitos colaterais. Por esse motivo, o controle da HA é tão baixo. De acordo com o Caderno de Atenção Básica 15, do Ministério da Saúde, é evidente a eficácia de estratégias aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade visando mudanças de estilo de vida. Os profissionais de Saúde da Atenção Primária têm papel fundamental nas ações individuais e coletivas de controle da HAS, como identificação do grupo de risco, diagnóstico precoce, conduta terapêutica e educação em Saúde.

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando HAS, valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% nas mulheres, semelhante a outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres.

No ano de 2014, a taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares, na faixa etária de 0 a 69 anos de idade, foi de 78,04/100.000 habitantes no Ceará. De acordo com a publicação Saúde Brasil 2012, um total de 2.278.340 indivíduos realizaram diagnóstico, atendimento ou procedimento na especialidade de cardiologia entre 2008 e 2012. No Ceará, a frequência de internamentos por HAS apresentou redução entre 2008 e 2011. No ano de 2011, ocorreram 6185 internações por HAS, representando 0,8% de todos os internamentos nesse ano.

6-Metodologia:

Cenário de estudo.

O projeto será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde de Candeia São Sebastiao, do município Baturité, Ceará, no período de maio de 2014 a abril de 2015.

Inicialmente foi realizado um diagnóstico situacional para conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados por essa UBS. Identificada a HAS como principal problema, serão planejadas intervenções que garantam às medidas preventivas e adesão terapêutica dos pacientes as medicações hipotensoras.

Neste trabalho será utilizado o método simplificado de planejamento situacional (Campos, 2010), com desenho das operações: descrever as operações, identificar os produtos e os resultados e os recursos necessários para a concretização das operações. Será realizada ainda, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano com a construção de meios de transformação das motivações dos atores, através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição. Ocorrerá ainda a elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução) e definição do modelo de gestão do plano de ação.

O trabalho contará com a participação da equipe multidisciplinar: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais e agentes de saúde em parceria com a Secretária de Saúde do município.

Sujeitos envolvidos:

A população de estudo será constituída por 95 pacientes adultos em tratamento para HAS. Os critérios de inclusão serão os pacientes hipertensos em tratamento que concordarem em participar do estudo de forma voluntária.

Estratégia de ações.

Propõe-se a trabalhar por etapas.

Etapa1. Na etapa diagnóstica se aplicará uma estratégia inicial para identificar as necessidades de aprendizagem da comunidade sobre hipertensão arterial. Um questionário com um total de seis perguntas será aplicado de modo compreensível para este grupo de pacientes. O resultado do mesmo se converterá no registro primário da investigação (Apêndice 1).

Etapa2. Durante a etapa de intervenção os pacientes serão divididos em cinco turmas, cada turma com 19 pacientes, para garantir uma maior efetividade das técnicas utilizadas. Vão ser realizadas cinco discussões grupais com o objetivo de aprofundar os temas de maior preocupação e familiarizar-se com a linguagem utilizada pelos pacientes. Posteriormente, faremos um programa educativo, no qual marcaremos cinco encontros com cada uma das turmas dirigidas pelo médico, autor da investigação, a promotora de saúde da área e a enfermeira responsável. As reuniões serão realizadas semanalmente na própria instituição com uma duração de 2 horas cada uma, por um período de cinco semanas.

Etapa3. Para concluir o programa aplicaremos o mesmo questionário para determinar os conhecimentos adquiridos e fazer uma comparação com os resultados iniciais e avaliar a efetividade das técnicas utilizadas.

Os dados serão digitados e os resultados serão expressos em textos e tabelas. Como medida estatística se utilizara a frequência e porcentagem.

7-Cronograma

Atividades	Responsáveis	Data
Etapa1. Diagnóstica	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS.	Maio-Junho 2014
Etapa2. Intervenção	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS.	Junho-Setembro 2014
Etapa3. Avaliação	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS.	Outubro 2014- Abril2015

8-Recursos Necessários.

Para a realização do projeto de intervenção serão necessários os seguintes recursos materiais e humanos.

1- Recursos Humanos

- Médico
- Enfermeira
- Técnica de enfermagem
- Agentes comunitários de saúde
- Membros do NASF

2- Recursos materiais

- Prontuários do pacientes
- Registros de pacientes hipertensos da UBS.
- Registro de pacientes hipertensos dos agentes comunitários de saúde
- Material educativo
- Questionário

3- Recursos financeiros

- Para pagamento de transporte, combustível, impressão de materiais educativos, vídeos.

9-Resultados esperados.

Os 95 pacientes acompanhados com HAS no PSF de Candeia estão assim caracterizados nas tabelas abaixo.

A maioria eram mulheres e a faixa etária mais frequente foi acima de 60 anos, considerando-se brancos o maior número pessoas.

O fator de risco mais comumente identificado para os homens foi a Dieta inadequada e para as mulheres a falta de exercícios físicos e stress.

Tabela 1. Distribuição etária do total de pacientes hipertensos acompanhados atualmente pela equipe de saúde da família no PSF Candeia São Sebastiao, município Baturité, no período Maio 2014-Abril 2015.

Idade	Numero de pessoas	%
Até 19anos	0	0
20 - 30 anos	1	1
31 - 40 anos	3	3
40 - 60 anos	39	41
>60 anos	52	55
Total	95	100

Tabela 2. Distribuição por sexo do total de pacientes hipertensos acompanhados atualmente pela equipe de saúde da família no PSF Candeia São Sebastiao, município Baturité, no período Maio 2014-Abril 2015.

Sexo	Numero de pessoas	%
Masculino	39	41
Feminino	56	59
Total	95	95

Tabela 3. Distribuição por raça do total de pacientes hipertensos acompanhados atualmente pela equipe de saúde da família no PSF Candeia São Sebastiao, município Baturité, no período Maio 2014-Abril 2015.

Raça	Numero de pessoas	%
Branca	58	61
Preta	10	11
Parda	8	8
Mestiça	19	20
Total	95	100

Tabela 4. Distribuição segundo fatores de riscos e sexo identificados do total de pacientes hipertensos acompanhados atualmente pela equipe de saúde da família no PSF Candeia São Sebastiao, município Baturité, no período Maio 2014-Abril 2015.

Fatores de risco	Sexo	
	Masculino	Feminino
Habito de fumar	18	12
Alcoolismo	7	2
Dieta inadequada	30	32
Falta exercício físico	16	40
Stress	20	39
Hipercolesterolemia	16	26
Obesidade	4	10

Espera-se com esse plano de intervenção incrementar os conhecimentos dos pacientes sobre sua patologia e contribuir para o controle individual dos níveis de pressão arterial, de modo a reduzir as complicações da doença na localidade de Candeia, Baturité. Além disso, espera-se possibilitar o desenvolvimento de competências para que os profissionais de saúde possam ajudar a os pacientes com HAS, elevando a autoestima dos pacientes, fomentar a prática de exercício físico, ações comunitárias de promoção e prevenção em saúde. Fomentar a utilização de uma dieta saudável, combater o tabagismo e o alcoolismo, de modo a mudar a realidade de hoje na comunidade do estudo.

10-Referências Bibliográficas

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2012;1-48.
2. Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. 2010. p. 337-62.
3. Documento do Banco Mundial. BRASIL. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Relatório No. 32576-BR. 15 de novembro de 2010.
4. Williams B. The year in hypertension. JACC. 2010; 55(1):66-73.5. DATASUS. Ministério da Saúde. Acessado em: 13, 14, 22, 23 e 24 Jan. 2010. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0203>
6. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalencia e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq Bras Card. 2010;91(1):31-5.
7. Rosário TM, Scala LCNS, Franca GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. Arq Bras Card. 2012; 93(6):672-8.
8. Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. J Hypertension. 2012; 27(5): 963-75.
9. Jardim PCV, Peixoto MR, Monego E, Moreira H, Vitorino PVO, Souza WSBS, et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. Arq Bras Card. 2012; 88(4): 452-7.
10. Martinez MC, Latorre MRDO. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes mellitus em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. Arq Bras Cardiol. 2012; 87:471-9.
11. Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca no Brasil. Rev Bras Hipertens. 2011; 8:383-92.
12. Brandao AA, Pozzan R, Freitas EV, Pozzan R, Magalhaes MEC, Brandao AP. Blood pressure and overweight in adolescence and their association with insulin resistance and metabolic syndrome. J Hypertens. 2012; 22(Suppl 1):111S.
13. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO/NUT/NCD 98.1. Genebra, Jun 2010.

14. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. Dash Collaborative Research Group. *N Eng. J Med.* 2012; 336(16):117-24.
15. Sachs FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med.* 2011; 344(1):3-10.
16. Intersalt Cooperative Research Group. INTERSALT: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results of 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *BMJ.* 2012; 297:319-28.
17. Strazzullo P, D'Elia L, Ngianga-Bakwin K, Cappuccio FP. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *BMJ.* 2012; 339:b4567doi:10.1136/bmj.b4567
18. HE FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. *J Human Hypertens.* 2012; 23:363-84.
19. Martinez MC, Latorre MRDO. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes mellitus em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. *Arq Bras Cardiol.* 2012; 87:471-9.
20. Scherr C, Ribeiro JP. Gênero, idade, nível social e fatores de risco cardiovascular: considerações sobre a realidade brasileira. *Arq Bras Cardiol.* 2012; 93(3): e54-6.
21. Pescatello LS, Franklin BA, Fagard R, Farquhar WB, Kelley GA, Ray CA. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and hypertension. *Med Sci Sports Exerc.* 2012;36:533-53.
22. Conen D, Glynn RJ, Ridker PM, Buring JE, Albert MA. Socioeconomic status, blood pressure progression, and incident hypertension in a prospective cohort of female health professionals. *Eur Heart J.* 2010; 30:1378-84.
23. Oliveira CM, Pereira AC, Andrade M, Soler JM, Krieger JE. Heritability of cardiovascular risk factors in a Brazilian population: Baependi Heart Study. *BMC Med Genet.* 2010; 9:32.
24. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, for the Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to

vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2012; 360:1903-13.

25. Viegas CAA, Araújo AJ, Menezes AMB, Dorea AJP, Torres BS. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2010; 30(Supl2):S1-S76.
26. Rainforth MV, Schneider RH, Nidich SI, Gaylord-King C, Salerno JW, Anderson JW. Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Curr Hypertens Rep*. 2010; 9:520-8.
26. Launer L, Masaki K, Petrovich H, Foley D, Havlik R. The association between midlife blood pressure levels and late-life cognitive function. *JAMA*. 2010; 274:1846-51.
26. Kilander L, Nyman H, Boberg J, Hansson L, and Littell H. Hypertension is related to cognitive impairment: a 20-year follow-up of 999 men. *Hypertension*. 2010; 31:780-786.
27. Bird AS, Blizard RA, Mann AH. Treating hypertension in the older person: an evaluation of the association of blood pressure level and its reduction with cognitive performance. *Journal Hypertens*. 2012; 8:147-152.
28. Deary IJ, Capewell S, Hajducka C, Muir AL. The effects of captopril vs atenolol on memory, information processing and mood: a double-blind crossover study. *Br Journal Clinic Pharmacology*. 2011;32:347-353.
29. Hofmann A, Ott A, Breteler M. Atherosclerosis, Apo lipoprotein E, and prevalence of dementia and Alzheimer's disease in the Rotterdam Study. *Lancet*. 2010; 349:151-154.
30. Kivipelto M, Helkala E, Laakso M. Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: longitudinal, population based study. *BM Journal*. 2010; 322:1447-1451.

11-Apêndice

O presente questionário é de caráter anônimo e seu objetivo é identificar os conhecimentos que você tem a cerca da hipertensão arterial. Agradecemos sua cooperação e sinceridade que será para nós de uma grande utilidade para desenvolvimento do trabalho.

1. Idade:

1.1- Até 19 anos _____

1.2- de 20 – 30 anos _____

1.3- de 31 - 40 anos _____

1.4- de 41 - 60 anos _____

1.5- > 60 anos _____

2. Sexo

2.1 Masculino _____

2.2 Feminino _____

3. Cor da pele

3.1 - Branca _____

3.2 - Preta _____

3.3 – Parda _____

4. Antecedentes patológicos familiares de HTA:

4.1- Sim _____

4.2- Não _____

5. Das seguintes afirmações, marque segundo a afirmativa como: verdadeiro (V) o falso (F).

5.1 ____ Os hipertensos não devem adicionar sal aos alimentos já que estes contem a quantidade suficiente.

5.2 ____ As frutas não são de vital importância na dieta destes pacientes.

5.3 ____ A redução do peso até valores ótimos, segundo altura e peso é importante para diminuir a pressão arterial.

5.4 ____ O incremento da atividade física não produz nenhum benefício.

5.5 ____ A redução do consumo do álcool e o hábito de fumar ajudam a controlar os níveis da pressão arterial.

5.6 ____ Com as situações de grande tensão emocional você consegue diminuir os sintomas.

5.7 ____ Uma dieta gordurosa é recomendada para o controle adequado da pressão arterial

6. Marque com um X, segundo critério se conhece ou não o tratamento não farmacológico.

6.1 ____ Sim

6.2 ____ Não